

Réf. : LM/RG/28/06/24

PHOTO

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

DOSSIER D'INSCRIPTION CURSUS PARTIEL

Dispense formation

au titre de :

- DEAVS
- DEAP
- DEA
- DEAMP
- TADV
- ASMS
- ARM

ETAT CIVIL

Ecrire les noms en lettres majuscules

NOM PATRONYMIQUE : Prénoms :

NOM D'EPOUSE :

Sexe : féminin masculin

Date de naissance : Lieu : Nationalité :

Adresse actuelle : :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Adresse mail :

Adresse à l'entrée en formation :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Changement de coordonnées à la date du :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

SITUATION FAMILIALE (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants : Leur âge :

Profession du conjoint(e) :

Catégorie professionnelle de votre père (*)

(*) noter le numéro de la catégorie professionnelle ci-contre.

Catégorie professionnelle de votre mère (*)

(*) noter le numéro de la catégorie professionnelle ci-contre.

Agriculteurs

1.0 Agriculteur

Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

2.1 Artisans

2.2 Commerçants et assimilés

2.3 Chefs entreprise de 10 salariés ou plus

Cadres et professions intellectuelles supérieures

3.1 Professions libérales

3.3 Cadres de la fonction publique

3.4 Professeurs et assimilés

3.5 Professeurs de l'information, de l'art et

des spectacles

3.7 Cadres administratifs et commerciaux

d'entreprise

3.8 Ingénieurs et cadres techniques

d'entreprise Professions intermédiaires

4.2 Instituteurs et assimilés

4.3 Professions intermédiaires de la santé et

du travail social

4.4 Clergé – religieux

4.5 Professions intermédiaires

administratives de

la fonction publique

4.6 Professions intermédiaires

administratives et commerciales

des entreprises

4.7 Techniciens

4.8 Contremaîtres – agents de maîtrise

Employés

5.2 Employés civils et agents de service

de la fonction publique

5.3 Policiers et militaires

5.4 Employés administratifs

d'entreprise

5.5 Employés de commerce

5.6 Personnels des services directs

aux particuliers

Ouvriers

6.1 Ouvriers qualifiés

6.6 Ouvriers non qualifiés

6.9 Ouvriers agricoles

Retraités

7.1 Retraités agriculteurs

7.2 Retraités artisans, commerciaux

et chefs d'entreprise

7.3 Retraités cadres et professions

intermédiaires

7.6 Retraités employés et ouvriers

Autres inactifs

8.1 Chômeurs n'ayant jamais travaillé

8.2 Personnes sans activité

professionnelle

SITUATION A L'ENTRÉE EN FORMATION

- Les jeunes en formation initiale de moins de 26 ans ou sortis du système scolaire depuis moins de 2 ans
- Demandeurs d'emploi
- Bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)
- Bénéficiaire d'un Parcours Emploi Compétences (CUI, CAE, CUI CIE, service civique)
- Salariés en CDD Public Privé
- Salariés en CDI Public Privé
- Fonctionnaires
- Autres (à préciser)

SITUATION SOCIALE

Activité professionnelle au moment de votre entrée en formation :

Nom et adresse de votre dernier employeur :

SITUATION SCOLAIRE

Niveau d'études (si terminale, indiquer la série) :

Série et année du baccalauréat obtenu :

Autre(s) diplôme(s) obtenu(s) :

Date de l'obtention :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

COMMENT ENVISAGEZ-VOUS LE FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION ?

Promotion professionnelle : oui non

De quel établissement ? Public Privé

Adresse de cet établissement :

Téléphone :

Congé individuel de formation : oui non

Nom et adresse de l'organisme payant votre formation :

Financement personnel : oui non

Financement par mon compte Personnel de Formation (CPF) : oui non

Attention, la demande doit être faite **11 jours au plus tard** avant le début de la formation.

Si vous êtes sans emploi, serez-vous pris en charge par Pôle Emploi : Oui Non

Si vous êtes originaire des DOM/TOM, bénéficierez-vous d'une rémunération par LADOM ?

Oui Non

Autres moyens de financement, citez :

.....

MOYENS DE TRANSPORT

Moyen de transport utilisé pendant la formation :

Véhicule personnel Transport en commun Autres préciser.....

Covoiturage (préciser les étudiants)

.....

Quelle est la durée de transport entre votre domicile et l'Ifits ?

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

ATTESTATION

Je soussigné(e)

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier et l'authenticité des documents fournis, reconnais avoir été informé(e) que ce dossier ne recevra pas de suite, s'il n'était pas complété avec soin et accompagné des pièces demandées.

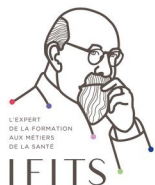
Les informations recueillies dans le présent dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative et pédagogique de l'étudiant durant sa scolarité au sein de l'IFITS.

Ces informations ne font pas l'objet d'un traitement commercial.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courriel à la direction de l'établissement via l'adresse administration@ifits.fr

Date :

Signature :



Nos Réf. : CM/LM/RG
 Filière aide-soignante
 Le 28.06.24

**PIECES A FOURNIR POUR VOTRE INSCRIPTION
 A L'IFAS THEODORE SIMON**

- 1 – photo d'identité (à coller ou agraffer sur la 1^{ère} page du dossier d'inscription vert)
 Cette photo doit être « tête nue, de face et sur fond blanc » conformément à la réglementation sur les photographies de pièces d'identité.
- 2 - Le dossier d'inscription, ci-joint, dûment complété
- 3 – Une photocopie de votre carte d'identité ou du passeport ou titre de séjour **valide pour toute la durée de la formation.**
- 4 - La photocopie de votre attestation de droit à l'assurance maladie de la sécurité sociale **en cours de validité.**
- 5 – Relevé d'identitaire bancaire ou postale à votre nom
- 6 - Un chèque bancaire ou postal de 140,00 € à l'ordre de l'agent comptable du GIP.
A noter que cette somme reste acquise à l'I.F.I.T.S., en toutes circonstances.
- 7 - Si le coût de votre formation est pris en charge par un employeur ou un autre organisme financeur (FONGECIF, ANFH...) : fournir **l'attestation de prise en charge** de l'employeur ou de l'organisme.
- 8 - Attestation médicale de vaccination obligatoire et le certificat médical, ci-joints, après avoir : (ces documents peuvent être donnés à la rentrée administrative)
 - 1) fait compléter par votre médecin traitant le tableau de vaccinations
 - 2) pris rendez-vous avec un médecin généraliste agréé par l'Agence Régionale de Santé* et lui avoir apporté le tableau de vaccinations, et votre carnet de santé pour que celui-ci puisse compléter le certificat médical.
- 9 - La photocopie d'une attestation d'assurance Responsabilité Civile, incluant impérativement : « **la couverture de risques professionnels dans le cadre de stages hospitaliers et extra-hospitaliers** » Couvrant **impérativement** l'année scolaire de septembre à début juillet (Vous aurez la possibilité de souscrire une assurance lors de la rentrée administrative).

Les documents **1 à 9** sont à remettre à l'inscription en formation

*Vous trouverez la liste des médecins généralistes agréés par l'A.R.S en consultant notre site internet : www.ifits.fr

INFORMATIONS DIVERSES

Accessibilité-handicap :

La formation est accessible aux personnes en situation de handicap, sous réserve de l'étude préalable de chaque situation individuelle.

Pour toute demande concernant l'accueil d'une personne en situation de handicap, veuillez nous contacter à l'adresse mail suivante : referent-handicap@ifits.fr

CERTIFICAT établi par un médecin agréé
Conformément à l'article 11 de l'arrêté du 07/04/2020

Je soussigné, Docteur :, médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé

Certifie que : **Nom de naissance :**

Prénom :

Nom d'épouse :

Né(e) le :

à :

ne présente pas

De contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignante (conformément à l'article 8ter de l'arrêté du 12 avril 2021-art.1)

présente :

Des contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession d'aide-soignante (conformément à l'article 8ter de l'arrêté du 12 avril 2021-art.1)

Fait à :

Le :

Signature du médecin :

Cachet :

CERTIFICAT MEDICAL

Conforme à la réglementation en vigueur fixant d'immunisation des professionnels de santé en France et à l'article 11 de l'arrêté du 04/04/2020 relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant

Je soussigné(e) Dr :

Certifie que l'élève aide-soignante :

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'épouse :

Né(e) le :

1. EST A JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES SUIVANTES :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au **VERSO**, il/elle est considéré(e) comme :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B avec un taux d'anticorps $\geq 10\text{UI/l}$: oui non

- Non répondeur(se) à la vaccination après 6 injections (taux AC $\leq 10\text{ UI/l}$) : oui non

L'étudiant doit conserver ses résultats sérologiques afin de pouvoir les présenter aux établissements de santé qui l'exigent au moment de la mise en stage

2. A REÇU LES VACCINATIONS RECOMMANDEES SUIVANTES :

- Contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) :

oui non

Date :

- Contre la varicelle :

oui non

Date :

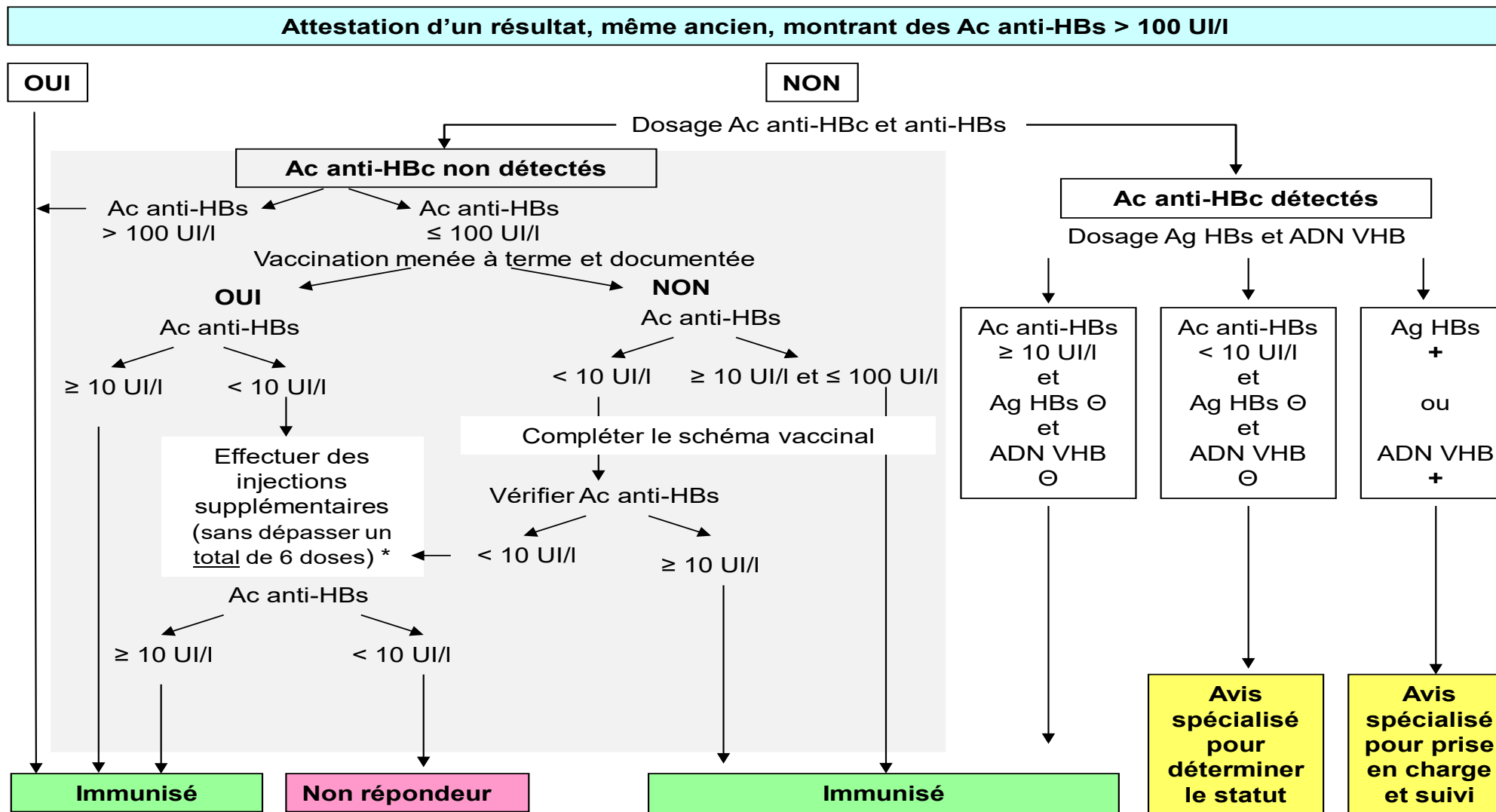
- Contre la coqueluche

oui non

Date :

Signature et cachet du médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B